Lane Medical Library

Das primäre Carcinoma vaginae und die Entwicklung der dabei geübten Operationsmethoden.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Willy Glaser
aus Eydtkuhnen (Ostpr.).

Tag der Promotion: 30. März 1914.

Emil Ebering, Berlin NW., Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Franz.**

Meinen Eltern

in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/dasprimarecarcin0000will

Wenn man die zahlreiche Literatur über Carcinome der weiblichen Geschlechtsorgane durchsieht, so findet man fast ausnahmslos hervorgehoben, wie selten das primäre Carcinoma vaginae gegenüber den häufigen Krebserkrankungen von Uterus und Adnexen vorkommt. Nur in einer Arbeit von Friedl habe ich demgegenüber einen Widerspruch gefunden (1). Dieser Autor erklärt, daß der verbreitete Satz von der Seltenheit des primären Vaginalcarcinoms keine absolute Gültigkeit habe, und führt u. a. die Statistiken der Wiener Krankenanstalten und der Prager gynäkologischen Kliniken als Beweis für seine Ansicht an. Er sieht in dem Umstand, daß das Vaginalcarcinom öfters erst als sekundäres Uteruscarcinom zur Beobachtung kommt, eine Erklärung für die Tatsache, daß die Statistiken in bezug auf die relative Frequenz des primären Scheidenkrebses so bedeutend differieren.

Diese Auffassung ist aber nicht zu einer allgemein gültigen geworden. Vier Jahre später erklärt noch Krönig (2) die Erkrankung für so selten, „daß wir auch heute noch nicht imstande seien, etwas Sicheres über das Auftreten derselben, über den Verlauf und die einzuschlagende Therapie aussagen zu können."

Als Grund für das seltene Vorkommen der Krebserkrankung der Vagina geben Torggler (12) und Eisold (13) die Spärlichkeit der Vaginaldrüsen und die geringe arterielle Blutversorgung der Epithelien an.

Ich will hier auf die einzelnen Zusammenstellungen über diese Erkrankung nicht näher eingehen und nenne die Arbeiten von Gorld (11), von Eppinger aus dem Prager Patho-

logischen Institut, ferner die von Küstner, Hirsch und Eisold aus der Winckelschen Klinik, eine Anzahl von Olshausenschen Fällen und Dissertationen von Seifert (Leipzig), Wertmann (5), Hauser (4), Rohde (3) als einschlägiges Quellenmaterial. Ferner sind die außerdeutschen Statistiken von Seigel (6), Walshe (7) und Bastian (8) bemerkenswert.

Ueber die Aetiologie der primären Scheidencarcinome sind sich sämtliche darüber sprechenden Autoren ebensowenig sicher, wie über die Aetiologie der Carcinome überhaupt. Doch aus der überall angegebenen Tatsache, daß die hintere Scheidenwand, mittleres und oberes Drittel, Prädilektionsstelle für das Carcinom ist — nach Olshausen in ⅔ der Fälle —, spricht sich Veit (9) im Sinne einer großen Bedeutung mechanischer Insulte aus. An dieser Stelle ist auch auf eine Reihe von Arbeiten verwiesen, die das Tragen von Pessaren und den Prolaps der Scheide in Zusammenhang mit der Krebserkrankung bringen. Demgegenüber betonen andere Autoren, so z. B. Zizold (13), ausdrücklich die merkwürdige Seltenheit von Vaginalcarcinomen bei Prolaps. Zizold gibt allerdings in der erwähnten Arbeit einen Fall an, wo bei 15 Jahre bestehendem Scheidenprolaps sich ein Carcinom an der Stelle entwickelte, wo beim Gehen der rechte Oberschenkel an der prolabierten Scheidenwand rieb. Schließlich führt Wolff in seinem Werk über die Krebskrankheit (10) mehrere Autoren an, die die Leukoplasie und die Kraurosis für die Entstehung von Vagina- resp. Vulvacarcinom verantwortlich machen.

Daß in häufigen Schwangerschaften und den damit verbundenen Veränderungen der Scheide ein Zusammenhang mit der Krebskrankheit zu finden ist, wie es bei Carcinoma uteri der Fall ist, wird von Zizold bestritten. In demselben Sinne spricht sich auch Schwarz (14) aus, der einige Zahlen darüber angibt. Von größtem Einfluß ist aber nach Zizold (13) die Schwangerschaft auf die raschere Entwicklung eines schon bestehenden Scheidenkrebses. Dies geht schon daraus hervor, daß sich ganz unbedeutende Beschwerden während der

Schwangerschaft so steigerten, daß die betr. Frauen sich genötigt sahen, zum Arzt zu gehen, bei welcher Gelegenheit dann ein Carcinoma vaginae entdeckt wurde.

Was das Alter der von Scheidenkrebs Befallenen betrifft, so sind in der Literatur einige wenige Fälle von sehr frühem Entstehen der Krankheit beschrieben. So nennt Hauser (4) einen von Smith erwähnten Fall bei einem Kinde von 14 Monaten, einen von Guersaud beschriebenen bei einer 3½ jährigen Patientin, einen Fall von Gisler bei 20 Jahren und einen von Kaiser bei 26 Jahren. Ferner berichtet Bail (16) über einen Fall bei einem 21jährigen jungen Mädchen. Auch Rohde (3) nennt einen von Breisky mitgeteilten Fall bei einem 9jährigen Kinde. Rohde knüpft daran jedoch die Bemerkung, daß es sich nicht mit Sicherheit nachweisen läßt, ob bei den ganz jugendlichen Fällen nicht etwa Sarkom vorgelegen hätte. Die häufigsten Erkrankungen an Scheidenkrebs werden von allen Autoren in die Zeit vom 30. bis 60. Lebensjahr verlegt, also in ein Alter, das man überhaupt als das von Krebserkrankungen am meisten befallene kennt. Das höhere Alter, etwa vom 65. Jahre ab, scheint von primärem Scheidenkrebs meist verschont zu bleiben.

Auf Grund von klinischen Beobachtungen gibt Krönig (2) zwei Formen an, in denen das Scheidencarcinom aufzutreten pflegt, einmal ein zirkumskriptes Cancroid, andererseits eine diffuse, die ganze Scheide ringförmig umfassende Infiltration. Erstere Form scheint häufiger vorzukommen. Olshausen sieht es für nicht ausgeschlossen an, daß es sich hierbei nicht um zwei verschiedene Formen, sondern um die Möglichkeit des Uebergehens von einer Form in die andere handelt. In der Regel handelt es sich, was den anatomischen Bau betrifft, entsprechend der Matrix der Geschwülste um Plattenepithelkrebse. Endotheliome der Vagina sind sehr selten beobachtet worden, zuerst wurde ein solches von Klien (15) beschrieben.

Im umgekehrten Verhältnis zur geringen Zahl der Erkrankungen steht die Bösartigkeit des Scheidenkrebses. Es mag dies

einmal daran liegen, daß lange Zeit nur sehr geringe Symptome bestehen, so daß der Arzt die Erkrankung meistens erst in vorgeschrittenem Stadium zu sehen bekommt, was natürlich die Endresultate sehr ungünstig beeinflußt. Andererseits aber sind in der Anatomie des weiblichen Genialtraktus hinreichende Gründe für die rasche Verbreitung der Geschwulst gegeben. Die Muskulatur der Scheide ist schwach und nachgiebig und ihre Lymphgefäße stehen mit denen der anderen Teile des Geschlechtsapparates in reicher Verbindung. Die Lymphbahnen vom unteren Drittel der Scheide führen in die inguinalen und tieferen Drüsen des Beckens, die der mittleren Scheidenpartie münden in die hypogastrischen und die die Arteria uterina begleitenden Drüsen, die Lymphbahnen des oberen Scheidenteiles endlich kommunizieren mit dem cervicalen System. Von der hinteren Scheidenwand aus wuchert das Carcinom häufig nicht nur auf dem Lymphgefäßwege, sondern direkt im Bindegewebe weiter rückwärts nach Mastdarm, vorwärts nach Blase zu, und in diesen Fällen, die nunmehr auch durch Fistelbildung oft auffallende Symptome machen, und dadurch erst die Frauen zum Arzt führen, besteht bereits eine, die Prognose überaus ungünstig gestaltende Komplikation. Als eine besonders schwere Komplikation ist ferner eine gleichzeitig bestehende Schwangerschaft zu bezeichnen, ganz abgesehen davon, daß, wie oben bereits erwähnt, Gravidität die Ausbreitung der Geschwulst zu propagieren scheint. (Krönig (2) spricht eingehender über diesen Zustand und gibt an, daß in allen bekannten Fällen, ob die spontane Geburt abgewartet oder ob zur Extraktion geschritten wurde, die Frauen kurz danach zugrunde gingen. Entkräftung der Frauen durch das Bestehen des Carcinoms sowie Sepsis vom carcinomatösen Jaucheherd aus sind wohl die unmittelbaren Ursachen dieses Ausganges.

Metastasen des Scheidencarcinoms in anderen Organen sind selten.

Die Diagnose der Erkrankung ist nicht schwer; der ein-

geführte Finger erkennt den Krebs an seiner eigentümlichen oberflächlichen Unebenheit und Neigung zu bröckligem Zerfall. Zweifel sind nur möglich gegenüber verjauchenden Myomen der Scheide und ulcerativen, mit Schleimhautwucherung einhergehenden Prozessen, wie sie durch langes Tragen von Pessaren oft entstehen, ferner besonders dann, wenn das Carcinom hinter einer Scheidenstenose sitzt. Es ist natürlich in Fällen der Unsicherheit dringend geboten, die mikroskopische Untersuchung nach Probeexzision vorzunehmen.

Die Entscheidung, ob es sich um ein operables oder inoperables Carcinom handelt, hängt im wesentlichen von denselben Faktoren ab wie bei Carcinomen anderer Organe und ändert sich mit Fortschreiten der Operationsmethoden. Uebergang auf Rectum, Uterus und Blase macht, wie zahlreiche Fälle lehren, das Carcinom noch nicht inoperabel, worüber Schwarz allerdings noch anders urteilt (14), indem er nur die Fälle operiert wissen will, wo Mastdarm und Blase noch frei sind. Das Ergriffensein der Blase ist die ungünstigere Komplikation. Ferner wird man sich leiten lassen vom allgemeinen Kräftezustand der Patientinnen.

Das Schicksal der Frauen mit inoperablem Carcinom der Scheide ist ein überaus trauriges. Große Schmerzen, die Belästigung, die schließlich durch den Gestank des Sekretes eintritt, etwa vorhandene Scheiden-Mastdarm- resp. Scheiden-Blasenfisteln machen den Zustand, zumal die Kachexie äußerst schwer zu sein pflegt, zu einem qualvollen. Der Tod tritt gewöhnlich dadurch ein, daß das Carcinom vom paravaginalen auf das parametrane Gewebe übergreift, die Ureteren überwuchert und komprimiert und so urämisches Koma herbeiführt (Krönig [2]).

Nur auf Beseitigung der schwersten Symptome kann die palliative Therapie bedacht sein. Man wendet Aetzungen mit eingelegten Chlorzinktampons an, und Veit (9) hat sogar dabei einmal die Nekrotisierung und Ausstoßung der ganzen Scheide beobachtet. Er erklärt aber selbst diesen Fall für ein Kurio-

sum und warnt vor einem solchen Vorgehen, da man es nicht in der Hand habe, wie tief die Aetzung geht, und so Mastdarm und Blase gefährdet seien. Zum mindesten rät er von dem zu langen Liegenlassen der Chlorzinktampons ab. Wiederholte Auskratzungen mit dem scharfen Löffel, Angreifen der Basis des Carcinoms mit dem Glüheisen, Schmerzstillung und Hinhalten des Lebens mit den bekannten Mitteln, das ist alles, was der Arzt in solchem Falle für seine Patientin tun kann. Einen eigenen Weg hat Küstner eingeschlagen, indem er nach Excochleation und Paquelinisierung des Carcinoms und Anlegung einer Scheiden-Mastdarmfistel die Scheide verschließen will. Schauta hat dies ausgeführt bei einer Patientin, bei der eine Scheiden-Mastdarmfistel bereits spontan eingetreten war. Den Scheidenverschluß führte er aus in zweietagiger, zirkulärer Naht am Uebergange vom mittleren zum unteren Drittel der Scheide. Trotzdem ihm in diesem Fall das Gewünschte gelang, spricht er sich doch nicht sehr günstig über das Verfahren aus (17). Der einzige Vorteil sei die Ableitung der Sekrete in den Mastdarm und ihre willkürliche Entleerung mit dem Stuhl. Doch bei der häufig nicht erfolgenden prima intentio der Vaginalnaht sei der Eingriff vergebens gewesen, bei erfolgter prima intentio wiederum sei das Ansammeln der Sekrete, wozu nun noch Mastdarminhalt käme, in sich bildenden Rezessus ein Grund zu verstärkter Belästigung, und endlich sei das Carcinom der Nachbehandlung entzogen. Die Methode scheint doch ganz verlassen worden zu sein, denn ich habe außer diesem Fall von Schaute keinen weiteren in der Literatur gefunden.

Aber auch die operablen und operierten Scheidencarcinome bieten eine überaus ungünstige Prognose. Die große Anzahl der dafür angegebenen Operationsmethoden läßt, wenn man sie in chronologischer Reihenfolge betrachtet, einen Schluß zu auf die Ursachen der Mißerfolge. Immer radikaler ist das Vorgehen geworden und immer mehr versucht man, von einer anderen Stelle als von der Vagina aus an das Carcinom heran-

zukommen. Es ist also die Gefahr des Rezidivs, die von allen Operationen gefürchtet wird, des Rezidivs, das entweder entsteht, wenn man nicht weit genug im Gesunden operiert, oder dadurch, daß man die Operationswunde mit Krebskeimen infiziert.

Ich will nun versuchen, eine Uebersicht über alle bisher geübten Operationsverfahren in chronologischer Reihenfolge und über die dabei gemachten Erfahrungen, soweit dies aus der Literatur ersichtlich ist, zu geben, und beginne mit der ältesten Methode, die, wie Hauser (4) und Rohde (3) berichten, von Schröder angegeben ist.

Schröder umschnitt das erkrankte Gewebe im Gesunden von der Vagina aus und löste die erkrankte Partie dann von oben bis unten in einem Stück von der Unterlage los. War die Portio bereits mitergriffen, so wurde sie möglichst hoch amputiert und im Zusammenhang mit dem Scheidenkrebs entfernt. Die Wundfläche wurde mit dem Glüheisen behandelt und die Vagina schließlich mit Jodoformgaze tamponiert. Doch die Unsicherheit, ob man im Gesunden operierte, und die Schwierigkeit, eine Berührnug der carcinomatösen Partie mit Händen und Instrumenten zu vermeiden, machen es erklärlich, daß die Resultate überaus ungünstige waren. Schwarz gibt die zusammenfassendste Statistik darüber durch 16 so operierte Fälle. Von diesen war nur ein einziger nach 2 Jahren und 4 Monaten noch rezidivfrei und ein später noch zu erwähnender Fall von Lauenstein (27) bekam sogar 3 Jahre post operationem ein Rezidiv an der Portio. Ganz kurze Berichte über Befriedigung von der Operation finde ich noch bei Jaworski (18), der lediglich primäre Heilung konstatiert, und bei Weißwange (19), der ¼ Jahr nach der Operation eine glatte Narbe, keine verdächtige Stelle und Beschwerdelosigkeit der Patientin festgestellt hat. Längere Beobachtungen liegen also bei beiden Fällen nicht vor.

Erwähnt sei hier noch die von Grünwaldt geübte Methode, mit Glühschlinge und Thermokauter das Carcinom abzutragen.

Im Prinzip besteht kein Unterschied gegenüber dem Schröderschen Verfahren und von einer Weiterentwicklung oder Weiterverbreitung dieser Operation ist nirgends etwas zu finden. Grünwaldt machte dabei übrigens selbst die unangenehmste Erfahrung, indem er mit der Glühschlinge einen Ast der Arteria hypogastrica durchschnitt. Die Blutstillung gelang nicht und nach wenigen Minuten trat der Tod ein.

Anfangs der 90er Jahre nun publizierte Winter eine Arbeit, in der er besonderen Wert gelegt wissen wollte auf die Verhütung von Impfinfektion bei Krebsoperationen. Seine Ansicht fand einen Boden, der durch bekannt gewordene Fälle von Kontaktinfektion bei Carcinom sowie von Operationsimpfinfektionen, endlich durch die gelungenen Versuche von Bergmann, Hahn und Cornil, Krebs auf gesundes Gewebe zu übertragen, gut vorbereitet war. Peters spricht sich darüber des Näheren aus (20).

Die erste praktische Anwendung dieser Erfahrungen bei Scheidenkrebsoperationen findet sich bei Olshausen (21), der über einen neuen Operationsmodus berichtet, indem er, wie schon von Zuckerkandl für Totalexstirpation des Uterus angegeben, den Weg vom Damm aus wählt. Nach querer Spaltung desselben arbeitet er sich zwischen Rectum und Scheide in die Höhe bis über die erkrankte Stelle. Dann stellt er mit Durchtrennung des Scheidengewölbes resp. — bei Mitergriffensein des Uterus — des Douglas die Kommunikation der künstlich geschaffenen Höhle mit dem Scheidenlumen her und vollendet schließlich die Exstirpation der erkrankten, von ihrer Unterlage bereits abgelösten Teile. Trotzdem der Hauptvorteil dieser Operation auf der Hand liegt, nämlich, daß man mit dem Carcinom erst in Berührung kommt, wenn der größte Teil der Operation vollendet ist, sind die Resultate dennoch sehr schlecht. Von 3 operierten Fällen sah Olshausen 2 Rezidive, einer war zur Zeit des Vortrages erst kurz entlassen. Mit derselben Methode griff Thorn 2 Fälle an. Nach seinem Bericht (22) bekam der erste Fall ein Jahr nach der Operation

ein Rezidiv im Parametrium posterius, der zweite Fall recidivierte bereits nach 6 Monaten von der Narbe aus. Thorn erklärt hiernach diese Methode für hochsitzende Carcinome als nicht geeignet, will sie dagegen für im mittleren oder unteren Scheidenteile sitzende Geschwülste gelten lassen. In diesem Punkt stimmt ihm an anderer Stelle Thomson zu (25).

Für hochsitzende Scheidencarcinome empfiehlt Thorn (22), Damm und Vagina auf der stärker erkrankten Seite bis auf ca. 3 cm an den Tumor heran zu spalten und nun die Ablösung ebenso von hintenher vorzunehmen. Die abgelösten Scheidenteile schlägt er nach der Mitte zu um und fixiert sie durch Nähte so, daß das Carcinom wie in einen Beutel zu liegen kommt. Peters veröffentlicht einen Fall (20), den er aus denselben Erwägungen heraus wie Thorn nach dessen Methode operierte. Er empfiehlt danach diese Methode sehr bei hochsitzenden Scheidenkrebsen. Er sah seinen Fall 7 Monate nach der Operation noch rezidivfrei.

Unabhängig davon, doch etwa zu gleicher Zeit, läßt Dührssen (24) eine Arbeit erscheinen, in der auch er die Olshausensche Operation durch eine Scheidendamminzision modifiziert wissen will, doch legt er im Gegensatz zu Thorn diese Inzision auf der weniger stark erkrankten Seite an. Für den Fall, daß beide Seiten gleich stark erkrankt sind, rät er, doch nicht auf die Scheidendamminzision zu verzichten, sondern ruhig durch das carcinomatöse Gebiet hindurchzugehen, allerdings am besten mit dem Thermokauter, um erst in der Tiefe der Wunde das Messer wieder in die Hand zu nehmen. Er rühmt seine Methode der Olshausenschen gegenüber besonders deshalb, weil man bei ihr das Krankheitsfeld vollständiger übersieht und die Abtragung entsprechend der Ausdehnung des Erkrankten vornehmen kann; dabei kommt er mit einem kleineren Schnitte aus. Impfinfektionen will er mit seiner Methode völlig vermeiden. Veit (9) hebt dagegen gerade bei dieser Operation die Gefahr der Impfinfektion hervor gegenüber ihrem Vorzug, der besseren Freilegung des Krank-

heitsfeldes. Dührssen gibt auch an, daß er dabei als erster* die Cervix im Zusammenhange mit der Scheide hoch amputiert, bei Mitergriffensein des Uterus, während Olshausen, wenn er sich genötigt sieht, den Uterus mit zu entfernen, die Cervix von der noch geschlossenen carcinomatösen Scheide aus exstirpierte, wobei leicht eine Uebertragung des Carcinoms auf die Parametrien stattfinden könne. Ueber den ersten, von ihm derartig operierten Fall gibt Dührssen, was die Dauer der Heilung betrifft, nur an, daß er die Patientin einen Monat nach der Entlassung noch rezidivfrei gesehen habe. Einen weiteren nach dieser Methode operierten Fall gibt Thomson (25) an. Er weicht nur insofern von Dührssen ab, als er, da beide Seiten der Scheide gleichmäßig ergriffen waren, die Scheidendamminzision in der Mitte machte, und rät, stets diesbezüglich nach den vorliegenden Verhältnissen zu individualisieren. Thomson hebt hervor, daß das Operationsfeld gut zu übersehen und ein Kontakt des Carcinoms mit Wundflächen oder Fingern durch die Unterminierung leicht zu vermeiden war. Die Portio entfernte er ebenso wie Dührssen. Ein Dauerresultat über diesen Fall ist nicht angegeben, Thomson sah die Patientin nur einige Wochen später wohl und rezidivfrei. Ferner berichtet noch Friedl (1) über einen von Torggler so operierten Fall, lobt die Methode und gibt betreffs Dauerresultats an, daß er ein solches wegen des vorgeschrittenen Falles nicht mehr erwartete. Genau genommen gehört dieser Fall der Thornschen Methode an, da die Scheidendamminzision auf der gesunden Seite gemacht wurde. Friedl erklärt die Wahl der Seite für belanglos. In derselben Arbeit erwähnt er einen zweiten Fall, bei dem der Beginn der Operation nach Olshausen gemacht, wegen Enge der Scheide aber der Dührssensche, oder vielmehr auch hier Thornsche Schnitt hinzugefügt wurde. Er ist von dieser Methode sehr befriedigt und bestätigt die bereits von Lauenstein (28) geäußerte Ansicht,

* Das ist nicht richtig. Schröder ist ihm darin vorangegangen (s. S. 9).

daß sich der Olshausensche und Dührssensche Modus nicht ausschließen dürften. Ein Dauerresultat ist auch bei diesem Fall nicht angegeben.

In demselben Jahre, 1895, das nach der ersten Veröffentlichung von Olshausen so überaus fruchtbar gewesen ist an Arbeiten über Scheidencarcinom, veröffentlicht Lauenstein (27) zwei von ihm operierte Fälle, wobei er zum Teil eigene Wege ging. Bei dem ersten wählte er den perinealen Weg, ließ aber an der vorderen Wand einen Streifen Schleimhaut stehen. Die Patientin bekam nach 3½ Jahren ein Rezidiv an der Portio, weshalb Lauenstein den Uterus per vaginam entfernte. Die Frau ist danach drei Jahre beobachtet worden und rezidivfrei geblieben. In dem zweiten Falle bestand bereits eine Mastdarm-Scheidenfistel. Es wurde daher ein künstlicher After angelegt und das Septum recto-vaginale entfernt. Diese Patientin ist ein Jahr beobachtet worden und ohne Rezidiv geblieben. Erwähnt sei hier, daß Lauenstein nach diesen beiden Erfolgen die Prognose der Scheidencarcinome durchaus nicht für so ungünstig erklärt, als allgemein behauptet wird. Die gegenteiligen Erfahrungen beruhen seiner Ansicht nach auf zu später Erkenntnis und Inangriffnahme des Uebels. Auch hält er die Furcht vor Impfrezidiven für übertrieben. Wiesinger widerspricht aber diesen Ausführungen in der Diskussion ganz entschieden.

Etwa gleichzeitig mit diesen letzten Operationsmethoden findet sich in der Literatur eine weitere. In der 6. Auflage seiner „Frauenkrankheiten“ vom Jahre 1894 sagt Fritsch, daß er sich vorgenommen habe, Scheidencarcinome nach der von Hochenegg 1888 in die Gynäkologie eingeführten, ursprünglich von Kraske für Carcinoma recti angegebenen, sakralen Methode zu operieren, daß aber nur der Zufall ihn nicht dazu habe kommen lassen. Er führt für seinen Plan dieselben Gründe an, die Olshausen für seine Methode geltend macht: Vermeidung der Impfinfektion. Bei Thorn (22) findet sich bereits eine Kritik dieser Methode. Der Autor schreibt: „Sind para-

vaginales Bindegewebe und Uterus ergriffen, so wird man meiner Ueberzeugung nach besser tun (gegenüber dem perinealen Weg), den sakralen Weg zu wählen, den Fritsch vorgeschlagen hat. Nach den Erfahrungen, die ich bei chirurgischen Fällen gemacht habe, reicht die Wegnahme des Steißbeines zur Schaffung eines genügenden Raumes aus, um sicher das Parametrium ausräumen zu können, und darauf scheint es mir in Anbetracht der Propagation der Krebse der hinteren Scheide am meisten anzukommen, sicherlich mehr, als auf die Entfernung des Uterus. Der sakrale Weg wird kaum blutiger sein, die Heilung allerdings etwas länger dauern. Die Amputation der Cervix, auch die totale Exstirpation des Uterus können von der sakralen Wunde aus bequem und sicher ausgeführt werden usw.“ Er betont auch in der Folge nochmals die überaus eingreifende, blutige und langsam heilende Operation. Einen eigenen Fall führt er nicht an. Ebenso zieht Thomson (25) diese Methode bei weit vorgeschrittenen Scheidencarcinomen in Betracht, hat aber auch keine praktische Erfahrung damit. In der Diskussion über einen Vortrag von Lauenstein (27) findet sich endlich noch eine Bemerkung von Wiesinger, in der er die sakrale Methode bei Uebergreifen des Carcinoms auf die Portio empfiehlt, während er die Operationen von Olshausen, Dührssen und Thorn mehr für die Carcinome des unteren und mittleren Drittels der Scheide angewandt wissen will. Außerdem hält Amann (26) die Methode für gut, nachdem er sich bei Uterusexstirpationen auf diesem Wege überzeugt hat, daß die Freilegung der uneröffneten Vagina in großer Ausdehnung und Uebersichtlichkeit gut möglich ist. Nur bei Johannowsky (29) finde ich eine genaue Beschreibung dieser Operation an der Hand eines Falles. Er betrachtet es als einen besonderen Vorteil dabei, daß man sich Vagina und Rectum unter Leitung des Auges übersichtlich freipräparieren und so Verletzungen des Darmes vermeiden und die Blutstillung exakt ausführen könne, und begegnet den Einwendungen Krönigs betreffs zu großer Ausdehnung der Ope-

ration und Unzulänglichkeit der dabei notwendigen Seitenlagerung der Patientin mit dem Bemerken, daß die Knochenvoroperation die Prognose des Eingriffs nicht trübe und er von der Seitenlage keinen Nachteil gesehen habe. Endlich erwähnt noch Amann (26), daß Kelly einen sakral operierten Fall beschreibt und die Methode lobt. Bei Veit (9) findet sich betreffs dieser Operation die Bemerkung: „Einen einigermaßen größeren Kreis von Verehrern hat die Methode nicht gefunden. Nur für die gleichzeitige Mastdarmexstirpation kommt der Weg auch heute noch ernstlich in Frage.“ In der 2 Jahre später erscheinenden Auflage seines Lehrbuches empfiehlt Fritsch die Methode übrigens nicht mehr.

Als nächster, der eine neue Operationsart für Scheidenkrebs inaugurierte, ist Mackenrodt zu nennen, der 1896 die Igniexstirpation auch hierbei empfiehlt, nachdem er sie schon vorher bei Carcinoma uteri zur Exstirpation des Uterus angewandt hatte. Er hebt als besonders empfehlend für seine Methode den Ausschluß der Impfrezidive hervor (30). Er macht mit dem Thermokauter eine tiefe, bis an die Portio reichende Scheidendamminzision und löst dann die Scheide von ihrer Unterlage ab, indem er das subvaginale Bindegewebe mit dem Kauter durchtrennt. So löst er die Scheide vom Mastdarm, seitlicher Beckenwand und Blase ab und schreitet dann, falls der Uterus mitergriffen, zur Exstirpation desselben nach der früher von ihm beschriebenen Art. Er hat 8 Fälle bis 1 Jahr post operationem verfolgt und in dieser Zeit nie ein Rezidiv gesehen. Krönig (31) hält es nicht für sicher erwiesen, daß es sich bei diesen Fällen um primäre Scheidencarcinome gehandelt habe, dagegen betont Mackenrodt dies bei einem weiteren Fall, den er später publizierte (32). Er wollte daran zeigen, daß er in einem Falle, wo das Carcinom schon sehr weit vorgeschritten war, seine Operation mit Erfolg angewandt habe, nachdem der Fall von anderen Klinikern mit anderen Operationsmethoden für inoperabel erklärt worden war. Martin erklärt an derselben Stelle, daß er jedoch vor

kurzer Zeit denselben Weg mit dem Messer gegangen sei und auch dabei, wie Mackenrodt, den Uterus im Zusammenhang mit der Scheide entfernt habe. Ein Dauerresultat über diesen Fall war Mackenrodt zur Zeit der Veröffentlichung noch nicht in der Lage zu geben.

Im Jahre 1899 veröffentlichte dann Amann (26) einen Fall, bei dem außer Scheidenkrebs noch Uterusmyome und doppelseitige Ovarialcystome bestanden. Er legte einen seitlichen Dammschnitt an, nachdem er vorher mit dem Thermokauter im Bereich der Vulva den Scheideneingang zusammen mit dem verdickten Teil des Orificium urethrae externum umschnitten hatte. Von dem seitlichen Schnitt aus geht er außerhalb der Vagina hoch an derselben hinauf und löst dann, nach Trennung von Rectum und Blase von oben nach unten zu die uneröffnete Vagina, zuletzt die in diesem Falle schwierigen Partien in der Gegend der Urethra ab. Erst danach eröffnete er in der Excavatio vesico-uterina das Peritoneum und exstirpierte den myomatösen Uterus mitsamt den Ovarialcystomen. Ueber das Dauerresultat ist aus Mangel an Beobachtungsmöglichkeit nichts bekannt. In fast derselben Weise operierte Sippel (33) ein Jahr später einen Fall von primärem Scheidenkrebs, der bereits auf den Uterus übergegriffen hatte, und lobt die Uebersichtlichkeit, die Leichtigkeit des Ablösens von Blase und Mastdarm von oben beginnend und die technische Einfachheit der ganzen Operation. Er fügte der Amannschen Methode noch die Ueberdeckung der seitlichen Wundflächen mit Peritoneum hinzu, wie sie Martin angegeben hatte. Ueber ein Dauerresultat ist auch hier nichts berichtet.

Bei allen bisher mitgeteilten Operationsmethoden können wir nun in erster Linie das Bestreben erkennen, eine Impfinfektion der Wundflächen bei der Operation zu vermeiden, und bei einzelnen der in der Literatur ausführlicher mitgeteilten Fälle können wir auch aus dem ganzen Verlauf des Eingriffs die absolute Sicherheit gewinnen, daß dieser Indikation genügt ist. Und trotzdem waren die Resultate im großen und ganzen

die denkbar schlechtesten. Daher drängte sich immer mehr die Beachtung der anderen Indikation, des radikaleren Operierens, in den Vordergrund. Bei der Entwicklung der eben besprochenen Operationsverfahren sehen wir ja auch eine Mitentwicklung in diesem Sinne; nach der anfänglich geübten lediglichen Exzision des carcinomatösen Teiles finden wir nach und nach das Mitentfernen größerer Teile, ja der ganzen Scheide. Wir finden die hohe Cervixamputation zuerst bei Ergriffensein, dann schon bei Verdacht auf Beteiligung der Portio, und schließlich die totale Uterusexstirpation bei Erkrankung auch nur eines kleinen Teiles dieses Organes. Auch findet sich im Jahre 1896 bereits ein Hinweis auf diesen Punkt. Auf der Naturforscherversammlung zu Frankfurt 1896 bespricht Herff (34) an der Hand einiger Fälle das operative Vorgehen hauptsächlich vom Standpunkt des Radikaloperierens aus. Er mißt der Winterschen Lehre von den Impfrezidiven nicht die große Bedeutung zu, die ihr allgemein entgegengebracht wird, und erklärt sogar, daß, wenn die Möglichkeit auch als sicher angenommen werden könne, doch der Beweis hierfür in keiner Weise vorliege. Jedenfalls entständen sie so schwer, daß von ausgedehnteren Vorkehrungen gegen ihren Eintritt eine wesentliche Besserung der Dauerresultate nicht zu erwarten sei. Er fährt dann fort: „Weit mehr Aussicht bietet das Prinzip, möglichst im Gesunden zu operieren.“ Zur Forderung, unter allen Umständen den Uterus zu entfernen, kommt er schließlich auf einem Umwege. Da nämlich bei hochsitzenden Carcinomen die hohe Collumexzision nicht zu umgehen sei, will er auch gleich den Uterus exstirpieren, da dies keinen wesentlich größeren Eingriff bedeute und man durch die breite Eröffnung des Douglas eine bessere Resektion des retrovaginalen Bindegewebes, leichtere Entfernung des Parametriums und zentralwärts ausgedehntere Herausschneidung der Lymphbahnen von Fornix und Cervix vornehmen könne. Er rechtfertigt das Vorgehen durch die geringe Mortalität (1—2 %) der Totalexstirpation im allgemeinen und

gibt an, daß er stets den ganzen Uterus mit Ovarien entfernt habe. Bei Hauser (4) finden sich 7 von Herff operierte Fälle, darunter solche, bei denen nur partiell operiert, solche, bei denen die Totalexstirpation wegen Mitergriffenseins der Portio und 3 Fälle, bei denen sie ohne Miterkrankung der Portio ausgeführt wurde.

Von diesen letzten drei Fällen ist einer vier Jahre später noch rezidivfrei gewesen, einer kam 8 Tage post operationem ad exitum, der dritte hatte nach ½ Jahr ein inoperables Rezidiv. Interessant, weil später noch darauf zurückzukommen, ist die Schlußbemerkung des Vortrages von Herff: „Da das Radikaloperieren von der Scheide nicht weiter möglich erscheint, so müßten kombinierte Eingriffe vorgenommen werden. Diese haben aber eine solche Sterblichkeit, daß es nicht unwahrscheinlich ist, daß die Endresultate doch nicht besser werden."

Die bewußte Betonung des Radikaloperierens im Vordergrund aller Arbeiten, Vorträge und Diskussionen über Scheidencarcinom und ein dementsprechendes Vorgehen findet sich aber erst später.

Amann (26) stellt die Forderung auf, die Frage, ob bei vaginalem Carcinom der Uterus mit zu entfernen sei, nur bei ganz tief sitzenden, circumscripten Tumoren zu verneinen.

Im Jahre darauf, 1900, sprach in der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig Krönig (37) die grundsätzliche Notwendigkeit aus, den Uterus immer zu entfernen. In der Diskussion finde ich dieselbe Forderung von seiten Olshausens und Zweifels betont. Krönig war damals, von der Wichtigkeit des Radikaloperierens als Hauptsache überzeugt, mit Studien über die Lymphgefäßversorgung des weiblichen Geschlechtsapparates beschäftigt und legte später seine Resultate in einer Arbeit nieder (31). Hier finden wir nochmals die Forderung erhoben, in allen Fällen von Carcinoma vaginae 1. die totale Vagina, 2. den Uterus zu entfernen, und zwar letzteres nicht nur mit Rücksicht auf die Unmöglichkeit des Abfließens des Menstruationsblutes, sondern auch bei Frauen nach dem

Climacterium. Er veröffentlicht 2 Fälle, in denen er so verfahren ist, und bei denen es sich um sicherlich erst beginnendes Scheidencarcinom handelte. Der eine der Fälle wurde nach 4 Wochen rezidiv, der andere aber war 5 Jahre post operationem noch rezidivfrei. Einen weiteren Fall, wo bei circumscriptem Carcinoma vaginae die Totalexstirpation von Vagina und Uterus ausgeführt wurde, veröffentlicht Kahl (25). Ein Dauerresultat ist nicht angegeben, doch glaubt Kahl, nach der genauen histologischen Untersuchung des Präparates, die Prognose günstig stellen zu können. Noch ein hierher gehöriger Fall findet sich bei Querner (42), der ebenfalls nach dem histologischen Befund die Prognose als günstig stellt. Längere Beobachtungszeit liegt nicht vor.

Aber Krönig geht noch weiter. Er verlangt auch bei Carcinomen der hinteren Scheidenwand, und um solche handelt es sich ja fast stets, prinzipiell die circuläre Resektion des anliegenden Mastdarmabschnittes, da er gefunden hat, daß paravaginales und pararectales Gewebe in innigen Beziehungen zueinander stehen. Er will hierbei entweder so vorgehen, daß er nach Olshausenscher perinealer Methode erst Scheide und Uterus exstirpiert, dann das Rektum löst, die Flexur herunterholt, ein genügend großes Stück des Rektums reseziert und dann die Darmenden durch circuläre Naht vereinigt. Oder er entfernt zuerst das Carcinom der Scheide, dann Uterus und Adnexe, und zuletzt, erst nach Schluß des Peritoneums, die dem erkrankten Scheidenteile anliegende Partie des Rectums. Den sacralen Weg Fritsches verwirft er, indem er einem diesbezüglichen Ausspruch Olshausens zustimmt: „Wozu eine Mauer einstoßen, wenn die Tür offen steht!“ Nach der ersten der angegebenen Methoden operierte Zweifel, der ein befriedigendes Resultat quoad Ueberstehen des Eingriffs und Heilung konstatierte; nach der zweiten Methode verfuhr Friedrich und hatte auch einen in funktioneller Beziehung guten Erfolg. Dauerresultate sind bei beiden Fällen nicht angegeben. Ferner gehört hierher der vorhin schon angezogene Fall von Lauen-

stein (27), der durch die Ausbreitung des Carcinoms notwendigerweise anders operiert wurde (s. d.), bei dem aber auch der Eingriff gut überstanden wurde und die Patientin nach 1 Jahr noch rezidivfrei war. Krönig spricht die Hoffnung aus, daß die Befürchtungen Herffs von der großen Mortalität derartiger Eingriffe nicht eintreten würden, und daß von dem Prinzip, möglichst radikal zu operieren, günstigere Resultate als mit dem Hervorheben von Vermeidung der Impfrezidive zu erwarten seien.

Was die Mitentfernung des Mastdarms betrifft, so finden sich in der Folge zahlreiche Autoren, die für diesen Eingriff sich aussprechen, aber nur, wenn die Darmwand bereits mitergriffen ist. Kleinhans (36) dagegen steht auch in der Folge noch auf dem Standpunkt, die Mastdarmresektion in jedem Falle von Carcinoma vaginae zugleich mit Totalexstirpation von Uterus und Adnexen vorzunehmen.

So sehen wir, auch was die Frage des Radikaloperierens anbelangt, die Möglichkeiten bis zum äußersten erschöpft. Totale Uterus- und Scheidenexstirpation mit Ausräumung der Parametrien, und dazu noch Resektion eines Mastdarmstückes dürfte wohl an Radikalismus nicht zu übertreffen sein, und Zweifel spricht in der vorhin erwähnten Diskussion in bezug darauf auch von „schauerlicher Konsequenz“ und „furchtbarem Eingriff“. Ein Weitergehen ist unmöglich und in der Folge ist sogar ein Nachlassen in dieser Richtung zu konstatieren insofern, als der Mastdarm wenigstens in den Fällen, wo eine Veränderung seiner Wand noch nicht festzustellen ist, geschont wird. Es ist dies nicht zum wenigsten darauf zurückzuführen, daß in neuerer Zeit die Operationserfolge auch auf einfacherem Wege bessere geworden sind, indem erstens die Olshausensche Operation mit radikalem Vorgehen in bezug auf Uterus und Adnexe in einigen Fällen zu Dauerheilungen geführt hat, zweitens aber, indem durch Einführung eines neuen Weges erfreuliche Erfolge erzielt worden sind. Es ist dies der Weg per laparotomiam, den wohl Herff bei seiner

vorhin zitierten Bemerkung, „da das Radikaloperieren von der Scheide nicht weiter möglich erscheint usw.“, gemeint hat.

Die erste Angabe über diesen Weg auch bei Carcinoma vaginae findet sich bei Kelly (38) im Jahre 1898. Er rät, zuerst die Vagina zu umschneiden und aus ihrer Umgebung auszulösen, und dann das Abdomen zu eröffnen, um den Uterus frei zu machen und ihn samt dem oberen Teile der Vagina von oben her zu entfernen. Nähere Angaben über Anwendung und Erfolge dieses Vorgehens finden sich nicht.

Auch der zweite, der diese Methode anwandte, ist ein Amerikaner. Prior (39) berichtet im Jahre 1900 über einen Fall von Carcinoma vaginae, bei dem die Portio frei, die Mastdarmwand aber mit der Scheidenwand an der Stelle des Carcinoms verwachsen war. Prior geht im Gegensatz zu Kelly zuerst vom Abdomen her ein und setzt die Operation mit Mastdarmresektion von der Scheide aus nach Schluß der Bauchwunde fort. Er lobt bei diesem Vorgehen die Sicherheit gegen Blutung, die Verhinderung jeder Berührung des Krebsgebietes und die Entfernung aller Organe, in denen Rezidive zu erwarten sind. Vier Monate später jedoch hatte die Patientin ein Rezidiv hoch im Mastdarm, dem sie schließlich erlag.

Im selben Jahre nun veröffentlichte Wertheim (40) eine Arbeit, in der er schildert, wie er bei seinen Uterusexstirpationen per laparotomiam auf die Leichtigkeit des Freilegens des Scheidenrohres von der Bauchwunde aus aufmerksam geworden sei und schließlich die Mitentfernung der ganzen Scheide auf dem abdominellen Wege zunächst bei Uteruscarcinom, das auf die Scheide übergegriffen, erprobt habe. Er gibt als Beispiel 2 Fälle an, bei denen er diese Operation ausgeführt hat. Die erste Patientin ist nach dem Eingriff glatt genesen und nach 6 Monaten wohl und rezidivfrei gewesen. Die zweite hatte infolge Komplikation durch ungünstige Ausbreitung des Carcinoms eine Ureteren-Scheidenfistel zurückbehalten, die später eine Nephrectomie nötig machte. Die Frau ist gesund

geworden und war nach 3½ Monaten noch rezidivfrei. Wertheim spricht auf Grund dieser günstigen Erfolge die Erwartung aus, daß sein Verfahren in allen Fällen, wo Scheide und Uterus zu entfernen sind, erfolgreich mit anderen Methoden würde konkurrieren können. Seine Erwartung hat sich erfüllt. Von Wertheim selbst sind im ganzen 4 erfolgreiche Fälle publiziert, ein weiterer stammt aus der Hallenser Klinik von Bumm, ein Fall wurde von Himmelfarb erfolgreich operiert, etwas modifiziert durch Hinzufügen des perinealen Schnittes und durch die notwendige Anlegung eines Anus präternaturalis und Rektumresektion, 4 Fälle, von denen einer gleich nach der Operation starb, 3 gesund entlassen wurden, nennt auch Veit (9), und Bourgeot (41) erklärt den abdominellen Weg nach Wertheim für Radikaloperation des Scheidenkrebses als den „einzig richtigen".

Hier bin ich in der Lage, aus eigener Erfahrung einen neuen einschlägigen Fall mitteilen zu können, der im letzten Jahre auf der chirurgischen Abteilung des Verbandskrankenhauses zu Reinickendorf-Berlin (Direktor Dr. Kleinschmidt) operiert wurde. Bei diesem Fall konnte selbst der ungünstige Ausgang — die sehr elende Patientin starb einige Tage nach der Operation an Herzschwäche —, das Urteil des Operateurs über die Vorzüge der Methode nicht beeinflussen. Es sei mir gestattet, den Krankenbericht folgen zu lassen:

Frau M. H., 66 Jahre. Aufgenommen den 22. VIII. 1911.

Anamnese: Früher stets gesund gewesen. Seit 20 Jahren Menopause. Seit ½ Jahr Ausfluß, seit 8 Tagen Blutungen und Schmerzen im Unterleib.

Status: Mittelgroße Frau in mäßigem Ernährungszustand. Sehr schwach und hinfällig. Keine Oedeme. Varicen an den Unterschenkeln. Temperatur 36,9°. Puls 95, mäßig kräftig. Urin: Alb.-Spuren, Sacch. —. Im Sediment zahlreiche Epithelien, vereinzelte rote Blutkörperchen.

Brustorgane o. B.

Abdomen weich, schlaffe Bauchdecken, keine Resistenz, keine Druckempfindlichkeit.

Gynäkologisch: Im oberen Teil der Vagina sitzt auf der hinteren Seite links ein etwa hühnereigroßer, harter, rundlicher, nicht ulcerierter Tumor, der sich von der kleinen atrophischen Portio deutlich abgrenzen läßt. Er läßt sich nach allen Seiten mit der Scheidenwand zusammen gut verschieben.

Uterus klein, in normaler Lage, Adnexe nicht verdickt, Parametrien frei. Keine geschwollenen Leistendrüsen oder Drüsen im Becken fühlbar.

25. VIII. Probeexzision. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Carcinom, Plattenepithelkrebs mit vielen Polymitosen. Es besteht geringe Blutung, keine Schmerzen.

31. VIII. Operation (Direktor Dr. Kleinschmidt): In Beckenhochlagerung Laparotomieschnitt in der Medianlinie vom Nabel bis zur Symphyse. Zunächst werden auf beiden Seiten die Adnexe unterbunden und abgetrennt. Alsdann wird der Uterus von der Blase abgelöst, was ohne Schwierigkeiten gelingt. Dagegen ist er mit dem Rektum durch entzündliche Adhäsionen so verwachsen, daß die Lösung von demselben nicht leicht ist und das Rektum dabei verletzt wird. Der Defekt wird durch dreietagige Naht geschlossen. Nachdem jetzt der Uterus frei beweglich geworden ist, wird die Vagina von oben bis an die Vulva heran gelöst. Die Lösung gelingt auffallend leicht, fast ausschließlich stumpf und ohne nennenswerte Blutung. Die Vagina wird dicht oberhalb der Vulva ringförmig umschnitten und von unten soweit gelöst, daß sie vollkommen frei ist, und samt Uterus und Adnexen unten herausgezogen werden kann. Tampon durch die Vulva bis in die Wundhöhle. Beendigung der Operation von oben. Uebernähung des Wundgebietes mit Peritoneum, Etagennaht der Bauchdeckenwunde.

Das Präparat zeigt Vagina, Uterus und Adnexe im Zusammenhang.

Nach der Operation ist Patientin ziemlich stark kollabiert,

der Puls klein und frequent. Gegen Ende der Operation und nachher je 1200 ccm Kochsalzlösung infundiert, ferner Kochsalzdauereinlauf. Im Laufe des Tages erholt sich der Puls ein wenig. Der katheterisierte Urin ist nicht blutig.

2. XII. Patientin hat mehrmals gebrochen. Der Leib ist weich und nicht aufgetrieben. Puls 140, leidlich kräftig. Temperatur 38,0 °.

4. XII. Der Puls ist plötzlich sehr schlecht geworden. Temperatur 37,0 °. Keine Zeichen von Peritonitis. Trotz zahlreicher Analeptica erfolgt in kurzer Zeit der Tod.

Sektionsbefund: Degeneratio cordis relati adiposa. Atrophia senilis renum.

Die abgebundenen Gefäße zeigen keine Zeichen einer Blutung. Bauchfell überall glatt, feucht und glänzend. Keine Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Die Naht am Rektum hat gut gehalten. Keine Metastasen.

Kleinschmidt bestätigt in vollem Umfange die Erwartungen, die Wertheim an diese Methode geknüpft hat. Er hebt die Zugänglichkeit und Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes hervor und die daraus resultierenden Vorzüge, die Möglichkeit, regionär erkrankte Drüsen und das parametrane Bindegewebe radikal entfernen zu können, die unschwere Isolierung der Ureteren und demgemäß ihre Schonung, die außerordentlich leichte Auslösbarkeit des Scheidenschlauches aus seiner Umgebung und die bequeme Blutstillung, kurz die Vorzüge des Operierens unter Leitung des Auges. Dazu die Sicherheit, jede Berührung des Operationsfeldes mit Carcinommassen zu vermeiden. Trotz des unglücklichen Ausganges dieses Falles gibt Kleinschmidt dieser Operationsmethode vor allen anderen den Vorzug und will in Zukunft in jedem Falle von Scheidencarcinom so vorgehen.

Damit sind die bisher geübten Verfahren bei Scheidenkrebsoperationen erschöpft. Sie alle müssen zurücktreten gegenüber der letztgenannten Wertheimschen Operation, und nur die Methode Olshausens mit Entfernung von Uterus und Ad-

nexen und aller zugänglichen erkrankten Drüsen dürfte daneben bestehen bleiben für die seltenen Fälle, in denen das Carcinom im untersten Scheidenteile sitzt und schon im ersten Stadium des Beginnens entdeckt wird. In jedem anderen Falle ist nur von der Wertheimschen Methode ein Erfolg zu erwarten und bei ihrer Verbreitung und ausgiebigen Anwendung besteht die Hoffnung, daß die bereits erzielten Erfolge in der operativen Therapie des primären Vaginalcarcinoms sich mehren werden.

Herrn Direktor Dr. Kleinschmidt sage ich für die Anregung zu dieser Arbeit, für Ueberlassung des Falles und für seinen Rat bei der Ausführung ergebensten Dank.

Literaturverzeichnis.

1. Friedl: Zur Exstirpation des Vaginalcarcinoms nach Olshausen und Dührssen. Wiener klinische Wochenschrift 1896 Nr. 3.
2. Krönig: Ueber das primäre Scheidencarcinom. Ges. für Geburtshilfe in Leipzig. Ref. Centralblatt f. Gyn. 1900 Nr. 29.
3. Rohde: Das primäre Carcinom der Vagina. Diss. Halle 1897.
4. Hauser: Carcinoma Vaginae. Diss. Basel 1910.
5. Werthmann: Beitrag zur Pathologie und Therapie der Vulva- und Scheiden-Carcinome. Diss. Würzburg 1907.
6. Beigel: Krankheiten des weiblichen Geschlechts. 1875.
7. Walshe: Nature and treatement of cancer. 1846.
8. Bastian: Gynaecologia helvetica 1908 Nr. 8.
9. Veit: Carcinom der Vagina. Handbuch der Gyn. 1908, Bd. 3.
10. Wolff: Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Fischer, Jena 1911.
11. Gurlt: Archiv für klin. Chirurgie 1880. Bd. 25, S. 421.
12. Torggler: Bericht der geburtshilfl. Klinik zu Innsbruck. Prag 1888.
13. Zizold: Zum primären Krebs der Vagina. Münchn. Med. Wochenschrift 1889 Nr. 6.
14. Schwarz: Ueber die Erfolge der Radikaloperation der Vulva- und Vagina-Carcinome. Diss. Berlin 1893.
15. Klien: Archiv f. Gyn. 1894. Bd. 46.

16. Bail: Centralblatt f. Gyn. 1900 Nr. 48, S. 1305.
17. Schauta: Occlusio vaginae bei inoperablem Carcinoma vaginae. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1900 Nr. 29.
18. Jaworski: Primäres Carcinom der Scheide. Warschau, Gazlekarska 1909 Nr. 29.
19. Weißwange: Primäres Scheidencarcinom. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1910 Nr. 11, S. 384.
20. Peters: Zur Operation der primären Vaginalcarcinome. Centralbl. f. Gyn. 1896 Nr. 7.
21. Olshausen: Ueber Exstirpation der Vagina. Ref. Centralblatt f. Gyn. 1895 Nr. 1.
22. Thorn: Zur Operation großer Carcinome der hinteren Vagina. Centralbl. f. Gyn. 1895 Nr. 9.
23. Leguen: Société de chir. 13. II. 1907.
24. Dührssen: Ueber Exstirpation der Vagina. Ref. Centralblatt f. Gyn. 1895 Nr. 9.
25. Thomson: Zur Exstirpation der Vagina. Centralblatt f. Gyn. 1895 Nr. 22.
26. Amann jr.: Ueber Totalexstirpation der carcinomatösen Vagina. Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. X S. 459.
27. Lauenstein: Zur operativen Behandlung der primären Scheidencarcinome. Ref. Münch. med. Wochenschrift 1895 Nr. 17 S. 407.
28. — Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 41, 4/5.
29. Johannowsky: Kasuistische Beiträge zur operativen Gyn. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1901 Bd. 13 S. 323.
30. Mackenrodt: Centralbl. f. Gyn. 1896 Nr. 5 S. 126.
31. Krönig: Ref. Archiv f. Gyn. 1901 Nr. 63.
32. Mackenrodt: Ref. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1899 Bd. XL Heft 3.
33. Sippel: Ref. Centralblatt f. Gyn. 1900 Nr. 4.
34. Herff: Ref. Centralblatt f. Gyn. 1896 Nr. 42 S. 1061.
35. Kahl: Carcinom der hinteren Scheidewand. Ref. Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 4 S. 196.

36. Kleinhans: Ref. Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 43.
37. Krönig: Therapie des primären Scheidencarcinoms. Ref. Centralblatt f. Gyn. 1900 Nr. 30 S. 802.
38. Kelly: Operative gynecology 1898. Vol. I. S. 254.
39. Prior: Verhandlungen der amerikanischen Ges. f. Gyn. Ref. Centralblatt f. Gyn. 1900 Nr. 45 S. 1209.
40. Wertheim: Abdominale Totalexstirpation der Vagina. Centralblatt f. Gyn. 1900 Nr. 52.
41. Bourgeot: Ref. Centralblatt f. Gyn. 1908.
42. Querner: Zwei Fälle von primärem Carcinom der Vagina. Diss. Greifswald 1910.

Lebenslauf.

Am 26. Juli 1885 bin ich, Willy Glaser, als der Sohn des Kaufmanns Adolph Glaser zu Eydtkuhnen in Ostpreußen geboren. Ich bin jüdischer Konfession.

Das Zeugnis der Reife erhielt ich Ostern 1906 am Kgl. Gymnasium zu Wehlau (Ostpreußen) und studierte dann 10 Semester Medizin. Ich besuchte die Universitäten Berlin, Halle, Königsberg und Freiburg i. B. Das Vorexamen bestand ich in Halle, das Staatsexamen in Freiburg i. B. Als Medizinalpraktikant war ich sechs Monate am Poliklinischen Institut für Innere Medizin der Universität Berlin, sechs Monate an der chirurgischen Abteilung des Verbandskrankenhauses Reinickendorf-Berlin tätig. An letzter Stelle erhielt ich die Anregung und das Material zur Dissertation.

Nach Ableistung des zweiten halben Jahres meiner Dienstzeit war ich dann vom 1. Januar 1913 bis 12. Januar 1914 Assistenzarzt an der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Charlottenburg-Westend.